FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N° 332

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Auguste-Louis CHARPENTIER

Né le 7 février 1904 à Guichen (Ille-et-Vilaine)

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre et du Mans

SUR QUELQUES CAS D'HYPERNEPHROMES

Président : M. LEGUEU, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Auguste-Louis CHARPENTIER

Né le 7 février 1904 à Guichen (Ille-et-Vilaine)

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre et du Mans

SUR QUELQUES CAS D'HYPERNEPHROMES

Président : M. LEGUEU, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU LEMAIRE	Parasitologie
REFTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale
LERI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.

MM	
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE EUGÈNE

A MON PÈRE

Mon premier maître dans l'art médical. L'hommage de ma profonde reconnaissance.

A MA MÈRE

L'assurance de mon amour filial.

A MON FRÈRE ROGER

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur LEGUEU

Professeur de Clinique urologique
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait un grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE RENNES

Le Professeur FOLLET, directeur.
Le Professeur DAYOT.
Le Professeur MARQUIS.

A MON MAITRE Le Docteur AUGIER
Chirurgien chef de l'Hôpital et Clinique St-Yves à Rennes

A MES MAITRES DES HOPITAUX DU HAVRE

A MES MAITRES DES HOPITAUX DU MANS

A Monsieur le Docteur CANAGUIER
Chirurgien de l'Hôpital du Mans

Qui fut l'inspirateur de cette thèse et
dont l'appui nous a été si utile.
Qu'il en soit remercié ici.

SUR QUELQUES CAS D'HYPERNÉPHROMES

Les hypernéphromes semblent être une variété de tumeur maligne assez rare, peut être parce que le diagnostic clinique en est exceptionnellement fait et que le diagnostic histologique en est très délicat.

Grawitz est peut-être un des premiers auteurs qui ait donné sous le titre de « Sogennanten lipome der Niere » en 1883 une définition des hypernéphromes.

C'est pourquoi on les a appelés pendant longtemps les tumeurs de Grawitz, puisqu'il les a isolés des autres tumeurs.

En effet, les hypernéphromes ont été souvent confondus avec les tumeurs rénales et para-rénales, mais l'examen histologique leur a reconnu une origine différente. La confusion est d'autant plus facile que ces tumeurs ont leur siège au voisinage du rein ou sur le trajet de l'arbre uro-génital.

Elles peuvent avoir un siège plus extraordinaire, ainsi on a cité un cas d'hypernéphrome métastatique du nez (Storath). Les localisations étant très variées, ces tumeurs ont par suite des symptômes très différents et plus ou moins abondants selon qu'elles lèsent un or-

gane dans son tissu noble ou qu'elles se trouvent dans un tissu sans fonctions propres. Ce polymorphisme de la symptomatologie existe aussi dans l'évolution, qui est le plus souvent maligne, mais dans certains cas bénigne. Ajoutons à cela une rareté relative qui fait que l'étude de ces tumeurs ne peut progresser qu'avec un apport nouveau de matériaux.

Nous n'avons pas la prétention de faire une mise au point de cette question qui demandera d'autres travaux et une autre compétence que la nôtre.

Notre but est simplement d'apporter quelques observations avec les détails qui nous ont semblé intéressants et méditées avec réflexion, ces documents pouvant peut-être un jour présenter un intérêt pour de nouveaux travaux.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Mlle C..., âgée de 17 ans, souffre depuis quelques mois déjà dans l'abdomen, fosse iliaque droite, avec une recrudescence au moment de ses règles. Aucun trouble concomitant, sauf un peu de constipation. Au moment où elle fait venir son médecin, elle vient d'avoir un vomissement précédé de douleurs vives quelques heures auparavant. Il y a une température assez élevée : 38°5 et le lendemain 39°. La palpation révèle un point de Mac Burney très net. Devant ces signes, on conseille l'intervention qui est différée par la famille.

Au bout d'un mois, la malade réclame l'opération et c'est sur une appendicite à demi refroidie qu'on intervient le 20 novembre 1929. Incision de Jalaguier. On découvre un appendice enfoui dans des adhérences au milieu desquelles se trouve un abcès de la grosseur d'une noisette. Appendicectomie, drainage de l'abcès, guérison en 3 semaines environ.

Près d'un an après, c'est-à-dire en juillet 1920, Mlle C... revient voir son médecin, car elle commence à souffrir de la région lombo-iliaque droite, douleur

sourde, mais continuelle, sans point de localisation et sans symptômes précis. Le médecin pensant peut-être à une lésion rénale fait analyser les urines. Le 31 août il pratique un cathétérisme et il recueille environ 20 cm³ d'urine qu'il envoie au laboratoire (on ne recueille pas les urines de 24 heures).

Résultat : aspect légèrement trouble, dépôt peu abondant. Albumine : traces indosables. Nombreux leucocytes et hématies. Cylindres. Cristaux d'acide urique. Nombreuses cellules épithéliales pavimenteuses.

La malade suit un traitement médical qui ne donne aucun résultat, mais elle attend cependant un mois avant de venir nous trouver, malgré les instances du médecin traitant.

Nous la revoyons donc en septembre 1920. L'état général semble bon, à la palpation profonde on sent un empâtement de la région lombo iliaque droite, mais pas de douleur provoquée. Température 38°-39°. On pose le diagnostic clinique de suppuration profonde périnéphrétique, ou bacillose rénale. Mais avant d'intervenir, on fait une nouvelle analyse d'urine. Pas de bacille de Koch, présence de staphylocoques, diplocoques et bacilles fins à Gram négatifs, genre colibacilles. Pas de tumeur, un empâtement diffus. La température et la douleur persistantes avec l'empâtement diffus conduisent à l'intervention qui est pratiquée le 15 septembre 1920.

Incision au-dessus de la crête iliaque droite, partie postéro-latérale. Aucune trace de pus, on découvre une cavité sous-péritonéale, remplie de fongosités jaunâtres,

se présentant avec l'aspect « ris de veau », de consistance très molle ayant un prolongement dans la fosse iliaque interne, toujours sous-péritonéal.

Curettage de la poche et mise en place d'un drain et d'une mèche. Quelques fragments des tissus curettés sont envoyés au Dr Beauchef, directeur du laboratoire d'histologie qui donne le résultat suivant : les coupes des bourgeons charnus prélevés à l'opération de Mlle C... ne présentent aucun signe de tuberculose, aucun signe de tumeur épithéliale. Nombreux vaisseaux néoformés entourés de tissus conjonctifs lâches à larges cellules rondes, en état de nécrobiose dans quelques rares passages. A noter cependant des éléments dans lesquels se trouvent trois ou quatre noyaux qui sont hyperchromatiques et qu'il existe des cellules en voie de division directe.

Conclusion : On pencherait plutôt vers le diagnostic de sarcome, mais on ne peut y conclure fermement.

D'ailleurs l'examen clinique n'est pas en concordance avec un tel diagnostic. Comme suite à cette intervention, la malade se sent mieux, et l'état général reste excellent.

Au début de novembre 1920, il y a un suintement par la plaie qui était presque complètement cicatrisée, donnant un liquide clair citrin semblable à de l'urine et qui suinte continuellement en grande quantité. Immédiatement, on fait analyser ce liquide, pensant qu'il y a une solution de continuité sur l'arbre urinaire. Mais ce n'est pas de l'urine, c'est une sérosité pure sans bacilles. On note seulement la présence de quelques leucocytes.

Le 13 novembre 1920 : laparotomie latérale sur l'incision de Jalaguier faite pour l'appendicite un an auparavant. On trouve une tumeur friable ressemblant à du tissu néoplasique ramolli, d'aspect graisseux finement divisé. L'infiltration se prolonge jusqu'au sacrum, et en haut remonte jusqu'aux fausses côtes, mais toujours en position rétropéritonéale.

Quant aux vaisseaux iliaques, ils sont fortement soulevés par la tumeur mais ne sont pas altérés. Il n'y a rien à tenter, aussi on suture. La plaie se cicatrise très bien. Mais devant un diagnostic hésitant de cancer ramolli ou sarcome, on fait en fin novembre un essai de radiothérapie. Aucune amélioration, il semble même qu'on obtienne un résultat péjoratif. En effet, la paroi abdominale s'infiltre ainsi que la racine de la cuisse droite. Ensuite, c'est la cicatrice abdominale qui est gagnée, puis qui se fistulise comme la plaie postérieure avec écoulement de liquide citrin. Il y a toujours empâtement rénitent des tissus mais il n'y a ni bourgeon ni champignon néoplasique au niveau des plaies. L'écoulement qui était d'abord séreux devient séro-purulent par infection surajoutée, et il en résulte un mouvement fébrile aux environs de 38°.

Le 18 décembre 1920, consultation avec le Dr Delagénière qui ne peut, lui non plus, donner de diagnostic net et conclut de la façon suivante : « On pourrait penser à une suppuration profonde à allure maligne et dans ce cas une ouverture longue au niveau de la fosse iliaque et des lombes serait nécessaire. Mais il faut attendre encore en observant pendant 5 à 6 semaines et si la

température persiste, il faudra prendre une décision dans le sens « opération ».

En janvier 1921, l'aggravation progresse et l'état général faiblit lentement ; la température augmente, bien que l'écoulement soit redevenu séreux pur, comme il était en novembre 1920. La cuisse droite s'infiltre de plus en plus ; les grandes lèvres s'œdématisent ; toute cette zone a pris un caractère d'empâtement rénitent en surface comme en profondeur. Les douleurs persistent et la malade réclame une nouvelle intervention, car les précédentes l'avaient soulagée. De plus l'expectative préconisée par le Dr Delagénière montre qu'il n'y a pas à attendre d'amélioration, au contraire l'état général s'aggrave avec une fièvre persistante.

Le 4 février 1921, ouverture large dans la région lombo-iliaque droite. On trouve une masse de fongosités jaunes qui ont l'aspect du « ris de veau », la masse remplit toute la région lombaire et la fosse iliaque droite. Mais il faut remarquer que la zone rétropéritonéale seule est occupée par cette masse, et que le rein n'est pas touché, ni englobé dans cette masse. D'ailleurs la physiologie de cet organe n'est pas modifiée. Le fascia-iliaca est intact. Mais pensant que le muscle pourrait être touché, on l'incise et le muscle apparaît sain. On effectue un prélèvement des fongosités qu'on envoie au laboratoire. Pour terminer l'opération on fait un débridement au niveau de la cuisse et là encore, se trouve ce tissu fongoïde jaune qui dissèque les muscles et infiltre les espaces inter-musculaires. Le choc opératoire chez cette jeune fille qui était déjà fatiguée par

une fièvre de plusieurs mois et une évolution continue de la maladie fut considérable. Aussi quinze jours après, elle décédait en faisant des escarres de la région sacro-coccygienne et au niveau des grandes lèvres. Le laboratoire répond qu'il a enfin trouvé des passages dans les coupes qui permettent de faire le diagnostic d'hypernéphrome, mais le Dr Beauchef a eu beaucoup de difficultés à faire l'identification des cellules de l'H. que les bourgeons charnus envahissaient.

Obs. II (Dr Canaguier). — Madame D.... 42 ans, en novembre 1924, vient consulter parce que depuis plusieurs mois elle a remarqué qu'elle perdait du poids. Elle ressentait dans le flanc droit des douleurs vagues, lancinantes, de plus en plus nettes. Avec une sensation d'asthénie croissante elle avait un teint de sub-infection. Son médecin institue un traitement qui, bien que suivi en tous points par la malade, ne donne aucun résultat. Elle avait un teint plombé, un état général assez touché, sa température était presque normale : 37° 7. On ne notait pas de crise appendiculaire dans ses antécédents ; le point de Mac Burney était assez imprécis. Le médecin traitant, hésitant dans un diagnostic entre appendicite fruste ou lésion para-rénale, l'envoie à la clinique en observation.

Après plusieurs examens, on élimine une affection rénale ou para-rénale. Le diagnostic d'appendicite seul est retenu et on propose l'intervention à la malade qui accepte.

Opération le 13 novembre 1924 : Appendice retro-

cæcal, déformé et coudé par de nombreuses adhérences. Il est à noter que partant de l'appendice et son meso, allant jusqu'à l'angle hépatique du colon, existe un chapelet d'abcès miliaires. Appendicectomie. Drainage. La malade sort guérie le 12 décembre 1924. Non seulement elle ne souffre plus de son ventre, mais son état général s'est beaucoup amélioré ; son teint est redevenu normal, elle se sent en parfait état. Mais voilà que deux mois après l'intervention, un mois après la guérison, une fistule se produit au bas de la cicatrice, à l'endroit où avait été placé le drain. Cette fistule se cicatrise, puis se reproduit et après plusieurs alternatives de cicatrisation et de suppuration, elle s'installe définitivement. A ce moment la malade reprend son teint blafard et infecté qu'elle avait eu au moment de son appendicite. Pas de température. Un stylet introduit dans la fistule suit le trajet qui pénètre profondément dans la région lombaire. On fait une radiographie avec le stylet en place dans la fistule, ce qui confirme que c'est bien dans la fosse lombaire qu'aboutit le trajet fistuleux.

En avril 1925, la température reprend aux environs de 38° et la douleur se complique de phénomènes d'irradiations le long de la cuisse droite. La possibilité d'un psoïtis est envisagé. Le 16 avril 1925 on intervient par une incision lombaire, on trouve le psoas dilacéré et formant une bouillie de fongosités jaunâtres se présentant sous le même aspect que dans l'observation précédente, c'est-à-dire qu'elle ressemble à du « ris de veau » s'écrasant sous le doigt. Curettage de cette masse et mise en place d'un drain abdomino-lombaire. Le 20 avril

les douleurs ont disparu, et ceci pendant environ une quinzaine de jours, puis les douleurs reviennent avec des alternatives de mieux et de mal. Les fistules assez larges persistent au niveau des plaies d'où s'écoule un liquide séro-purulent. Finalement un nouvel empâtement se reforme plus intense que le précédent, qui envahit la région lombo iliaque en entier et la racine de la cuisse. Malgré que la température atteigne 38° 38°5, l'empâtement n'est pas dû à une rétention purulente.

Le 28 août 1925 une nouvelle intervention est devenue nécessaire par suite de phénomènes douloureux que provoque la distension de cette région de l'abdomen. On fait un large débridement partant de l'angle costo-vertébral descendant le long de la crête iliaque et de l'arcade crurale pour se terminer sur le petit trochanter. On refoule en avant la masse intestinale sans ouvrir le péritoine, et toute la région lombo-iliaque profonde se trouve largement exposée. Elle est remplie par une masse de fongosités gris jaunâtre, de même aspect que celles trouvées le 16 avril 1925 à l'intervention (ris de veau). On fait le curettage de cette masse qui s'infiltre dans les espaces inter-musculaires de la racine de la cuisse. Après ce curettage on laisse ouvert ; des mèches sont tassées dans la plaie mais avec prudence, car les vaisseaux fémoraux sont littéralement disséqués et mis à nu par la tumeur. Les suites de l'intervention sont normales et la malade est franchement améliorée. La température revient à la normale.

Ici se place un accident qui aurait pu coûter la vie à

la malade si une intervention rapide n'avait été pratiquée par le Dr Canaguier qui se trouvait présent à sa clinique. En effet, le 17 septembre 1925 l'un des vaisseaux fémoraux qui, comme nous l'avons dit, étaient dénudés et disséqués par la tumeur, s'ulcéra spontanément, provoquant une hémorragie abondante de la veine fémorale. On pratiqua aussitôt une dissection, suivie de ligature de la veine fémorale. Ensuite dans le but de protéger l'artère contre une ulcération possible, on utilise le peu de tissu sain qui reste autour du vaisseau pour faire un manchon protecteur autour de l'artère.

Après cet accident, la malade séjourne encore à la clinique jusqu'au 26 février 1926, dans un état qui reste sans espoir d'amélioration. Ses plaies suppurent, elle élimine des fongosités. L'état général déchoit lentement, mais avec une progression certaine. La malade demande à rentrer chez elle, elle continue à se cachectiser. Elle est décédée en novembre 1926, deux ans après le début de son histoire pathologique.

L'examen histologique du Dr Beauchef fut positif, on avait trouvé de grandes cellules épithéliales claires avec systématisation autour des vaisseaux. C'était un hypernéphrome.

Obs. III (Dr Laburthe). — Mme C..., 48 ans, voit son médecin en octobre 1929 et ne présente aucun antécédent pathologique spécialement notable. Elle a eu un enfant à terme avec accouchement normal. Bien qu'elle n'ait jamais eu de symptômes urinaires, elle souffre de la région lombaire droite depuis février 1929. Une sensation de

pesanteur douloureuse ne l'inquiétait guère au début, mais à un retour de voyage (octobre) elle se sent moins bien, et des phénomènes douloureux et pyrétiques apparaissent qui laissent croire au médecin traitant que cette malade fait une infection générale sans aucune localisation précise. L'état général est mauvais, avec la perte de l'appétit, il y a quelques vomissements et de la diarrhée, température qui oscille aux environs de 38°. Pouls à 90. On pense à des troubles gastro-intestinaux d'origine infectieuse à coli-bacille ou Eberth et on fait faire une hémo-culture qui donne un résultat négatif. Diète puis régime lacto-végétarien pendant quelques jours. Les phénomènes s'amendent, et à cette époque le médecin ne découvre rien de palpable dans la fosse lombaire droite.

En décembre 1929 il semble y avoir une nouvelle rechute, car les mêmes phénomènes se reproduisent qui font demander une consultation avec un autre médecin. Le diagnostic du médecin traitant est confirmé par le médecin consultant à savoir : Infection générale sans localisation. Cependant, il attire l'attention sur le fait que le rein droit de la malade est douloureux à la palpation. Aussi demande-t-il au médecin traitant de surveiller la région rénale droite.

L'examen des urines pratiqué à ce moment est absolument négatif. La quantité globale des urines est d'environ 800 grammes et il n'y a pas d'albumine. L'état général qui était déjà déficient est de plus en plus mauvais, la température oscille autour de 38° 39°, sans qu'on puisse la caractériser ni en trouver la cause.

L'amaigrissement se complique de subictère marqué avec acholie. Décoloration des matières. La constipation domine, mais avec des alternatives de diarrhée à forme de débâcles pendant une journée ou deux, puis de nouveau constipation.

Le 31 décembre 1929, le médecin traitant de la malade appelle le Dr Laburthe en consultation A ce moment, en plus des symptômes précédents, il note un pouls à 140 avec la température de 38° 39° ; une langue sèche, des urines peu abondantes, qu'il fait examiner au laboratoire. Persistance du léger subictère avec décoloration complète des matières. A la palpation de la région rénale droite, on est frappé par une résistance presque ligneuse de l'hiatus costo-lombaire qu'on ne peut en aucune façon déprimer. La palpation bi-manuelle est impossible; la palpation abdominale permet de révéler avec une douleur marquée, une masse qui semble être formée par le rein et l'atmosphère périrénale. Il y a très nettement du psoïtis à droite.

Le diagnostic de cancer du rein étant porté, on envoie la malade à la clinique du Dr Laburthe où les examens complémentaires sont faits. On fait un nouveau prélèvement d'urines ainsi qu'une prise de sang qu'on envoie au laboratoire. Le Wassermann est négatif.

Examen de sang et urines. — Mme C... 48 ans (Dr L.) Constante d'Ambard.

Volume d'urines en 1 heure : 29 cm³ ;
Volume d'urines en 24 heures : 696 cm³ ;
C = Urée par litre d'urine = 16 gr. 94 ;

D = Urée dans l'urine de 24 heures = 11 gr. 79 ;
U = Urée par litre de sang = 0 gr. 26 ;
K = 0,084.

Analyse d'urine. — Mme C...
Volume d'urine en 24 heures : 700 cm³ ;
Réaction ; acide ;
D = 1.025 ;
Aspect : légèrement louche ;
Urée = 1694 par litre, 1185 par 24 heures ;
Acide urique 0,66 par litre, 046 par 24 heures ;
Acide phosphorique 3,20 par litre 224 par 24 heures ;
Chlorure de sodium 4,62 par litre, 3,23 par 24 h. ;
Urobiline : présence nette ;
Pus : traces ;
Leucocytes : assez rares ;

Une ponction pratiquée dans le début de janvier 1930 en deux endroits différents de la zone indurée, ne permet de retirer que quelques gouttes de liquide hématique qu'on envoie à analyser. L'état général continue à s'aggraver, le psoïtis devient plus intense. La tumeur dure, assez régulière, augmente et est nettement perçue dans la fosse iliaque droite, les douleurs s'exacerbent, la malade supplie qu'on l'opère.

La ponction avait été faite par le Dr Langevin qui pensait à une infection péri-rénale ; elle n'avait rien donné. Le chirurgien et le médecin demandèrent une nouvelle consultation avec le Dr Canaguier ; celui ci élimina le diagnostic d'affection péri-rénale pour les raisons ci-dessus données. Il envisagea avec le Dr Laburthe le

diagnostic de tumeur maligne du rein et précisa la possibilité d'un hypernéphrome, par analogie avec les deux cas précédents vus par lui et dont nous avons rapporté les observations. Cependant, au cas où il y aurait eu infection il était lui aussi d'avis d'intervenir étant donné la symptomatologie de l'affection.

Intervention le 13 janvier 1930 ; incision de Guyon. La paroi est œdémateuse, infiltrée par le néoplasme dans toute son épaisseur. On arrive sur la région rénale où on trouve une tumeur, qu'on juge inutile d'extirper, étant donnée l'infiltration. On en prélève un fragment pour examen. Même aspect que dans les observations précédentes des fongosités qui sont gris-jaunâtres, hémorragiques. Fermeture de la paroi. Etat consécutif : amélioration de tous les symptômes dès le lendemain ; le psoïtis diminue pour disparaître, et les douleurs s'atténuent pour cesser complètement ; l'appétit revient, les matières sont recolorées, la température revient à 37° et trois semaines après la malade se lève et rentre chez elle. L'état général se maintient bon et depuis cette intervention la malade, qui a engraissé, vaque de nouveau à ses occupations habituelles.

Le laboratoire (Dr Beauchef) répond : les coupes des produits de curettage montrent des formations épithéliomateuses tantôt trabéculaires, tantôt tubuleuses, formées de cellules claires dans la grande majorité, avec une circulation sinusoïdale abondante et des placards hémorragiques.

C'est le type de la tumeur rénale de la variété dite hypernéphrome. Les coupes des muscles montrent un

œdème dissociant les fibres musculaires, en dégénérescence graisseuse avec une infiltration plasmocytaire discrète.

N. B. — Les bourgeons épithéliomateux sont infiltrés de polynucléaires.

***

A la suite de nos observations personnelles et inédites et qui sont des observations d'hypernéphromes puisque le diagnostic histologique a été fait pour chacun des cas et ne laisse aucun doute, nous allons rapporter succinctement quelques observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale.

Géza von Illyes (Budapest) rapporte un cas d'hypernéphrome de siège particulièrement rare (hypernéphrome pédiculé du rein) concernant un homme de 66 ans, amaigrissement, perte d'appétit, (sujet ayant subi 8 ans auparavant une électro-coagulation de papillomes vésicaux) ; à la palpation tumeur lisse, arrondie, de la région rénale gauche avec ballotement rénal. Vessie et fonctions rénales normales. Opération : hypernéphrome du volume de deux poings, pédiculé au pôle inférieur du rein. Histologie : hypernéphrome atypique.

Alamartine et G. Maurizot (Lyon), opérant une femme âgée de 69 ans pour fibrome utérin, découvrent une tumeur maligne du ligament large gauche envahissant la vessie, la trompe, l'ovaire et les parois du bassin. Intervention avec délabrements. Mort. La tumeur se pré-

sentait avec une coloration jaune soufre et des hémorragies interstitielles. Diagnostic histologique : tumeur de la surrénale, hypernéphrome génital. Ayant rassemblé les observations connues jusqu'à ce jour (janvier 1912) ils en ont 10. Ils affirment que le diagnostic clinique n'est jamais fait, qu'il est rarement fait à l'opération et qu'il est uniquement anatomo-pathologique.

Les Américains J. Collins et G. Armour (New-York) ont vu un malade, présentant des crises d'épilepsie jacksonnienne, par suite d'une métastase d'hypernéphrome dans un centre nerveux. Ils ont vérifié la présence de cette tumeur de 3 cm. de diamètre dans l'hémisphère cérébral droit. La tumeur primitive occupait le pôle supérieur du rein droit et le lobe droit du foie.

Giron (Aurillac). Un hypernéphrome avec localisation secondaire dans l'olécrane gauche a permis de rechercher la tumeur rénale gauche qui cliniquement, ne manifestait aucun symptôme.

E. Storath (Erlangen). Il avait opéré un malade sur lequel il avait pratiqué l'ablation de bourgeons charnus du nez, pour lesquels le diagnostic histologique avait été : bourgeons charnus avec dégénérescence hyaline du tissu conjonctif. Ensuite, granulome puis carcinome, périthéliome, carcinome médullaire et finalement hypernéphrome vérifié 15 mois après l'autopsie.

Begouin et Darget (Bordeaux). Après un cathétérisme urétéral double avaient constaté une diminution de la sécrétion urinaire du côté du rein malade. L'azotémie et la constante d'Ambard ayant montré une élimination insuffisante, l'opération fut différée. Huit jours

plus tard, les mêmes examens ayant donné : azotémie = 0,47, C. d'Ambard = 0,150. L'intervention est décidée. Ablation d'une tumeur du rein reconnue histologiquement hypernéphrome typique.

N. V. Byloff (Moscou). Femme de quarante-cinq ans présente en juillet 1909 une hémiplégie droite. Opérée le 27 février, trépanation, dure mère tendue, pas de battements cérébraux, ponction cérébrale, liquide épais, drainage. Mort le 2 mars. A l'autopsie on trouve deux tumeurs cérébrales superficielles sous-corticales ; une dans le quatrième espace intercostal, une dans le lobe supérieur du poumon, une dans le lobe inférieur du poumon, enfin tumeur du rein gauche. Histologie de toutes ces tumeurs : tissu de structure surrénale atypique.

G. Starr signale un cas d'hypernéphrome dans le ligament falciforme du foie. Femme de 35 ans cachectique, amaigrie, tumeur épigastrique mate et fluctuante. Une radiographie de l'estomac montre que l'organe est refoulé à gauche, son évacuation est normale. Diagnostic kyste du pancréas ou kyste hydatique du foie. Opération le 28 février 1917. Tumeur de 8 livres incluse entre les deux feuillets du ligament falciforme du foie. Histologie : hypernéphrome. Il ne donne pas de résultat opératoire éloigné.

L. Ravisini. — Hypernéphrome opéré depuis 12 ans. Homme de 63 ans, hématurie en 1906 et 1907. Grosse tumeur rénale. Néphrectomie très laborieuse. Guérison. Hypernéphrome occupant la moitié inférieure du rein droit. A noter que Ravisini ne parle pas d'histologie.

A. Knyvett. Gordon (Londres). A trouvé à l'occasion d'opération de fibrome une tumeur ovale de 2 cm. 5 × 1 cm. 25, enclavée dans le stroma ovarien mais faisant saillie dans la cavité péritonéale, non encapsulée mais bien limitée. Histologie tissu ovarien : normal ; tumeur, cellules corticales de la surrénale.

I. Abell (Louisville). Hypernéphrome primitif du foie. Fille de 13 mois ayant présenté une augmentation de volume de l'abdomen, rapidement, à trois ans trouble de l'état général et troubles fonctionnels. Diagnostic embryome du rein droit. Opération, la tumeur provient du lobe droit du foie. Elle est encapsulée et on en pratique l'ablation. Poids 400 grammes, guérison. Histologie, hypernéphrome.

F. Paolucci (Naples). Hypernéphrome hétérologue bénin dans un sac herniaire. Le diagnostic en a été fait en prélevant de petits grains mous jaunâtres sur la surface interne d'un sac herniaire près du collet chez un jeune homme de 18 ans. Histologie : Hypernéphrome né des cellules corticales aberrantes au cours de la vie embryonnaire. Albrecht appelle cette variété : un « coriste ».

Wilson Tyson (Lowesoft), et A. Piney (Londres). Tyson opère une femme de 63 ans pour douleurs de l'hypocondre droit. Il trouve une tumeur de la vésicule qu'il enlève. A. Piney, à l'examen histologique, trouve les éléments décrits par Grawitz comme caractéristiques de l'hypernéphrome.

La fréquence des surrénales accessoires à la face in-

férieure du foie appuie la théorie de l'origine surrénale des hypernéphromes qui se développent à cet endroit.

Wodsack nous donne une contribution à la clinique de l'hypernéphrome. Son travail est basé sur 50 cas avec examens histologiques. Étiologie. Aucun cas au-dessous de 20 ans. Homme 61,6 %. Femme : 38,4 %. Aux environs de 50 ans : 65 % des cas. Symptômes : il est rare que les trois signes classiques : tumeur, douleur, hématurie, coexistent. Comme premier symptôme l'hématurie a été notée dans 9 cas, la tumeur dans 12 cas, et la douleur dans 14 cas. Le caractère de cette douleur est qu'elle est profonde, ne se présente pas sous forme de colique et n'est pas en rapport avec l'hématurie quand celle-ci existe. 24 % des cas étaient inopérables, ils ont été traités par la radiothérapie sans résultat. Sur 40 cas opérés, 8 morts post-opératoires. Au bout de 3 ans : 8 bien portants, 8 morts de récidives locales, 11 inconnus.

Lévy-du-Pan. Femme de 26 ans, nullipare, prolapsus utérin irréductible en raison d'une tumeur abdominale de la grosseur d'une tête d'enfant. Laparotomie : tumeur de l'ovaire entourée d'adhérences, extirpation. Laboratoire, tumeur surrénale de l'ovaire à dégénérescence rapide. Ces hypernéphromes de la zone génitale sont rares et leur malignité est considérable.

W. A. Downes et L. G. Knox (New-York). Hypernéphrome de l'ovaire chez une enfant de 3 ans 1/2. Début depuis 6 semaines, accroissement de volume du ventre. Diminution de l'appétit et des forces. Ascite libre. Cette enfant paraissait plus que son âge et avait un dévelop-

pement anormal de la vulve et des poils du pubis et commençait à se masturber. A été examinée à l'occasion de rougeole. Diagnostic : péritonite tuberculeuse. Laparotomie : ascite libre, liquide citrin. A la place de l'ovaire droit se trouve une tumeur grosse comme une orange, pédiculée au ligament large. Ablation. Quelques semaines après l'opération les poils du pubis disparaissent ainsi que la masturbation. Un an et demi plus tard ces deux phénomènes reparaissent. L'examen clinique et la radio ne montrent aucune récidive d'hypernéphrome nulle part. Vingt mois après, l'enfant est en bonne santé. Histologie, cellules d'hypernéphrome (zone fasciculée de la glande surrénale). Le seul cas analogue au leur est celui de Gaudier de Lille ; survenu chez un enfant de 4 ans avec symptômes de puberté précoce.

S. Wrihgt. Etudiant l'étiologie des hypernéphromes trouve une fréquence égale à droite et à gauche, une prédominance chez l'homme, et comme symptôme le plus fréquent l'hématurie. Pour lui, les résultats opératoires sont peu encourageants, et cela tient à deux faits qui dominent dans l'évolution des hypernéphromes : 1° envahissement de la graisse péri-rénale ; 2° fréquence de l'envahissement de la veine rénale. L'origine des hypernéphromes, dit-il, est dans les tubes rénaux, il n'admet pas l'origine des noyaux surrénaux aberrants. De plus, dans sa discussion, il ne tient pas compte des travaux français sur cette question.

L. A. Wolfe. Rapporte l'observation suivante : un homme de 67 ans avec une douleur dans la région lombaire droite postérieure présentait des urines sanglantes,

de la fièvre, et des vomissements. L'émission du sang dans les urines ne dura que 24 heures. A noter qu'il avait perdu 8 livres pendant l'année : Examen : aortite, intermittence, traces de réaction pleurale à la base droite. La palpation montre une grosse masse dans le flanc droit descendant à l'inspiration dans la fosse iliaque droite, et une douleur qui existe à la percussion comme à la palpation. Cystoscopie : l'orifice droit urétéral est grand ouvert. A dix centimètres au dessus de l'orifice, on rencontre un obstacle. L'épreuve de l'indigo carmin intra-veineux est faite, elle donne une élimination normale à gauche et un retard à droite. Les urines du rein droit contiennent du sang pur, les urines du rein gauche contiennent un peu d'albumine (Wassermann négatif).

Intervention : voie rétro-péritonéale lombaire, ligature de la veine rénale pour éviter une embolie. Ablation de la tumeur, 33 jours après le malade sort guéri.

Dans certains cas Wolfe préconise l'application des rayons X par trois portes d'entrée sur le rein qui absorbe facilement les radiations. Quant à la tumeur, elle est radio-résistante et ne se prête pas à un tel traitement. Une intervention précoce suivie de radiothérapie permet des survies allant jusqu'à 8 et 9 ans. Dans le cas particulier, le malade a survécu 18 mois.

Pour un hypernéphrome simulant un kyste de l'ovaire Givatoff apporte de nouveaux éléments de diagnostic. Chez sa malade qui présentait une masse dans le ventre à droite, le « libido-sexualis » avait disparu presque entièrement. Tendance à dormir, tension artérielle légèrement abaissée. Intervention : fibres musculaires disso-

ciés, tumeur kystique avec pédicule allant vers le foie, position rétro-péritonéale. Le kyste en crevant laisse échapper environ 2 litres de liquide. Après ligature des vaisseaux du rein on pratique une néphrectomie. Poids de la tumeur avec le rein (sans le liquide du kyste) : 850 grammes. Histologie : réseaux de cellules polygonales claires, grandes, noyaux colorés, cellules séparées par du tissu conjonctif très vasculaire, foyers hémorragiques. Etat endocrinien : insuffisance fonctionnelle du système chromatique inter-rénal.

Suites opératoires : température, pneumonie avec insuffisance cardiaque. Le 9e jour après avoir enlevé les agrafes la malade fait une éventration. 40 jours après sortie et guérison. Neuf mois après avec une asthénie prononcée, elle a une pigmentation de la peau visible malgré son teint pâle. La tumeur était probablement maligne. La malade n'a pas été suivie, on ne sait ce qu'elle est devenue.

Fedorov donne comme symptômes fondamentaux : hématurie, tumeur, douleurs, et une évolution en trois périodes : 1° tumeur disséminée ; 2° hémorragie et douleur ; 3e retentissement sur l'état général. Au point de vue de l'intervention, Tuffier préconise la voie transpéritonéale, Albaran la laparotomie médiane, Fédorov réclame la voie extra péritonéale lombaire. Pour lui les troubles endocriniens donnent des réactions générales (génitales ou autres : hirsutisme, virilisme) qui dissimulent les réactions spécifiques de la surrénale. Enfin, le tonus du cœur étant diminué, l'intervention est dangereuse.

C. D. Crewy présente l'observation d'une femme ayant un hypernéphrome du rein gauche avec température qui avait fait porter le diagnostic d'hydronéphrose infectée. L'intervention a montré une tumeur solide du type hypernéphrome. Nous citerons la thèse de Tsimarato (1922) qui est surtout un travail précieux sur l'histologie des hypernéphromes. Dans ses examens histologiques il a remarqué la composition suivante des hypernéphromes : grandes cellules claires avec travées épithéliales : les travées épithéliales sont séparées par des axes conjonctivo-vasculaires et sont en rapport avec les vaisseaux. Les cellules claires sont chargées de graisses neutres et phosphorées, mais les graisses du rein normal ou pathologique contiennent aussi des lécithines (M. Brault). Enfin il classe les hypernéphromes en bénins et malins, ces derniers étant surtout métastatiques.

EMBRYOLOGIE

Les hypernéphromes sont reconnus d'origine surrénale pour plusieurs raisons. D'abord parce que leur tissu est de composition analogue à celui des glandes surrénales accessoires et qu'il contient des grandes cellules claires qui les caractérisent. Ensuite ces tumeurs se trouvent développées précisément dans les régions où ont pu migrer des glandes accessoires qui suivent le corps de Wolf dans sa descente. C'est ce qui explique certaines localisations des hypernéphromes données par Marchand, Rokitansky, Roth, Chiari. En effet une partie de la glande surrénale se développe au sein du mésenchyme tout à côté du corps de Wolf, c'est l'ébauche épithéliale; l'autre partie provient de l'organe de Zuckerkandl, c'est l'ébauche sympathique qui fusionne avec l'ébauche épithéliale. On peut donc trouver des glandes surrénales accessoires et par suite des hypernéphromes sur l'arbre génito-urinaire, à cause de la proximité du corps de Wolf du rein primitif et de la glande génitale (Roth, Chiari), ou dans le ligament large (Marchand). Enfin les hypernéphromes peuvent encore se dévelop-

per au niveau du sympathique abdominal (Rokitansky) puisqu'il y a une ébauche nerveuse à l'origine de ces glandes.

Ces tumeurs peuvent encore se greffer sur d'autres organes qui n'ont plus avec les capsules surrénales des rapports anatomiques ou de développement mais des rapports de contiguité. Ainsi le foie est souvent le siège d'hypernéphromes, il est vrai qu'il contient parfois des capsules surrénales aberrantes ; puis le pancréas et le mésentère sont quelquefois des points de localisation des hypernéphromes.

Dans les observations que nous avons rapportées la tumeur s'est toujours trouvée lombo-aortique rétro-péritonéale avec prolongements dans la fosse iliaque. Nous devons souligner ici que trois fois le processus pathologique s'est développé à droite et que dans deux cas il y a eu appendicite incontestable au début. Mais il nous est impossible d'expliquer clairement pourquoi ces deux affections se juxtaposent et quelle est l'action de l'une sur l'autre. D'ailleurs il ne nous a pas été donné de trouver dans la littérature médicale d'observation signalant la présence d'appendicite dans les antécédents des malades opérés d'hypernéphromes.

ETIOLOGIE

On ne peut pas donner une raison à l'apparition des comme pour la plupart des tumeurs malignes hypernéphromes d'ailleurs. Les causes qui existent et favorisent l'apparition de certaines néoplasies cutanées comme l'irritation ou le traumatisme manquent ici. Aussi on s'explique mal pourquoi ces tumeurs se développent dans ces régions profondes et diverses. D'ailleurs il faut noter qu'elles ne sont malignes que secondairement puisqu'on cite des cas d'hypernéphromes encapsulés, opérés sans récidives donc bénins. Il y aurait analogie pour ceux-ci avec les adénomes du sein qui sont primitivement bénins mais acquièrent souvent une grande malignité avec le temps.

L'âge ne semble pas devoir être à un moment donné une cause d'hypernéphrome puisque on en trouve à tous les âges de la vie. Personnellement nous avons vu des sujets âgés de 17 ans, 42 ans, 48 ans. Les auteurs disent que les hypernéphromes sont l'apanage des gens âgés ou bien des sujets très jeunes. Les observations semblent appuyer ces dires. Wodsack prétend qu'on n'en trouve jamais chez les sujets au dessous de 20 ans. Cependant Mlle C. (I observation) n'a que 17 ans. De plus Downes et

Knox ont rapporté un cas d'hypernéphrome de l'ovaire chez une enfant de 3 ans 1/2. Abell un cas concernant une fillette de 13 mois.

Le même Wodsack ayant fait une statistique basée sur l'observation de cinquante-quatre cas avec examens histologiques à l'appui a obtenu les résultats suivants :

Au point de vue de l'âge, il y a une fréquence beaucoup plus grande des hypernéphromes entre 40 et 60 ans. En effet, il en note 34 sur 54 cas à ce stade de la vie, ce qui fait une proportion de 65 %. Nous remarquerons que cet âge est considéré en général comme l'âge du cancer, car c'est dans cette période que se développent des épithéliomas de toutes sortes.

Entre 60 et 70 ans, Wodsack n'a plus noté que huit cas sur 54, la proportion baisse donc très rapidement à partir de la soixantaine.

Enfin, dans l'étiologie des hypernéphromes trouve-t-on une égale atteinte des deux sexes ? A ce point de vue nos trois observations ne concordent pas avec les données des auteurs qui ont constaté qu'en général une femme seulement était atteinte d'hypernéphrome quand deux hommes étaient touchés par cette affection. En effet les 3 malades pour lesquelles nous avons fait le diagnostic d'hypernéphrome étaient des femmes.

Nous soulignerons cette contradiction sans pouvoir l'expliquer, comme nous avons souligné la prédominance des hypernéphromes à droite, et l'existence d'appendicite avant ou en même temps que cette affection.

L'étiologie des hypernéphromes est très imprécise, on peut cependant retenir qu'ils semblent être d'une rareté exceptionnelle entre vingt et quarante ans.

SYMPTOMES

Remarquons d'abord que la triade symptomatologique des affections rénales manque ici : hématurie, tumeur, douleur. Cela n'est pas étonnant puisque nous avons dit que la localisation est souvent loin du rein. L'hématurie ne se trouve pour ainsi dire jamais, la tumeur existe toujours, mais elle est perçue quand elle atteint un certain volume, c'est-à-dire à une période avancée. Seule, la douleur est un signe précoce et d'une certaine valeur ; nous l'étudierons tout à l'heure.

Quand l'hypernéphrome est localisé sur le rein et qu'il touche le tissu noble, le malade peut accuser des symptômes rénaux avec diverses modifications des urines. Au contraire quand l'hypernéphrome se développe à une certaine distance de cet organe telle que ses réactions disparaissent (et c'est le cas le plus fréquent) le diagnostic devient impossible.

Cependant quand la tumeur ayant acquis un volume énorme comprime un organe de voisinage, celui-ci réagit et donne une symptomatologie en rapport avec ses fonctions. On pourrait donc diviser les hypernéphromes en deux catégories : *a*) les hypernéphromes rénaux qui donnent ou peuvent donner des symptômes rénaux ; *b*) les hypernéphromes extrarénaux ou aberrants qui ne

donnent pas de symptômes ou qui ont des formes très variées, augmentant ainsi la difficulté du diagnostic.

Les manifestations cliniques de ces tumeurs sont des plus restreintes, le malade se plaint de douleurs vagues dans la région lombaire sans irradiation, ou même simplement de pesanteur sans que l'état général soit touché et qu'il y ait de crises douloureuses ni de localisation. Aucun trouble fonctionnel. Il ne faut retenir que cette douleur qui bien que vague et diffuse ne quitte pas le malade et l'amène enfin à consulter. On note parfois un léger mouvement fébrile.

A noter que chez Mme C..., 48 ans, il y avait des traces de pus avec urobiline mais la composition qualitative des urines n'était pas autrement modifiée, puis l'affection entre dans la période d'état, ce qui se traduit par des douleurs devenues insupportables, par une atteinte de l'état général. A l'examen on perçoit une résistance dans la fosse lombaire, qu'on met sur le compte d'une contracture réflexe des muscles par la douleur spontanée, car la palpation n'augmente pas cette douleur. On ne peut pas dire qu'on sent une masse à la palpation mais plutôt un empâtement diffus de la région qui fait penser à une infection péri-rénale (diagnostic porté d'abord dans l'observation III). La percussion fournit cependant un renseignement utile. En effet on trouve une bande de sonorité sur une ligne qui correspond au côlon, surtout si on a pris la précaution de faire l'insuflation par le rectum. Ce signe est caractéristique d'une lésion rénale ou péri-rénale. Ajoutons y la matité qui est constante dans le flanc sur la paroi latérale de l'abdomen.

DIAGNOSTIC

Avec des éléments aussi imprécis et présentés sous un jour différent par chaque malade, il faut essayer d'établir un diagnostic qui permettra d'intervenir s'il en est temps encore. Remarquons d'abord que les examens de laboratoire (urines, radio, etc...) sont négatifs et cela s'explique surtout en ce qui concerne les tumeurs aberrantes. Les examens radiologiques ne donnent aucun renseignement sauf cependant pour un cas de Kesseler où le diagnostic fut posé après pyélographie, ce qui permit de faire une néphrectomie.

Le diagnostic clinique est considéré comme impossible à faire et certains prétendent qu'on ne peut faire le diagnostic positif que par l'examen histologique. C'est du moins l'opinion de Alamartine et Maurizot, mais nous ferons remarquer qu'on peut faire le diagnostic par analogie comme l'a fait le Dr Canaguier pour la malade de l'observation III.

En général l'examen microscopique permet d'être fixé sur la nature de la tumeur. Mais cependant même avec cet appui la difficulté est quelquefois grande et ce n'est qu'après de nombreux examens qu'il est possible

de se prononcer. C'est le cas pour notre malade Mlle C..., 17 ans. Il peut même arriver comme pour Girou (d'Aurillac) de faire un Δ rétrospectif en examinant au microscope une pièce opératoire, métastase apparue avant la tumeur primitive qui se révèle de cette façon.

Les éléments du diagnostic différentiel seraient différents selon que la tumeur siègerait à droite ou à gauche, si elle était perçue dès le début mais le malade vient consulter seulement lorsque les douleurs sont devenues intolérables. Or nous avons vu qu'à ce moment la masse a pris de telles proportions, elle est tellement diffuse qu'on ne peut préciser ses origines, l'intervention seule en soulageant le patient, donne la possibilité de faire un diagnostic, sans attendre l'examen du laboratoire. Il est à noter que dans les 3 observations que nous avons rapportées, le chirurgien a été frappé à l'intervention par l'aspect des tissus de la tumeur. Cette forme, couleur, consistance et caractéristique de l'hypernéphrome. Les infections péri-rénales doivent être éliminées, il suffira de pratiquer une ponction de la région avec une aiguille ou trocart d'un diamètre convenable. Quant au diagnostic histologique d'hypernéphrome, il peut être formulé quand on trouve de grandes cellules claires et qui sont séparées par du tissu conjonctif très vasculaire, présentant des foyers hémorragiques.

EVOLUTION. PRONOSTIC ET TRAITEMENT

L'évolution de l'hypernéphrome est lente, mais cela n'enlève rien à sa malignité au contraire. Cette insidiosité permet à la tumeur primitivement bénigne de se transformer. A ce point de vue nous avons deux sortes d'hypernéphrome : *a*) hypernéphrome encapsulé, bien limité, pour lequel le traitement chirurgical qui consiste en l'ablation pure et simple donne de bons résultats ; *b)* l'hypernéphrome diffus avec ramifications dans toutes les directions pour lequel on se borne à faire un curettage des fongosités. Ce dernier traitement donne d'ailleurs un résultat intéressant au point de vue de la douleur qui disparaît pendant quelque temps mais n'empêche pas l'évolution de se poursuivre lentement. De même il semble que l'hypernéphrome métastatique (métastases osseuses et musculaires surtout) soit d'une évolution très maligne. Aussi a-t-on essayé tous les traitements pour les hypernéphromes métastatiques ou primitifs ; chez Mlle C..., devant l'insuccès de la chirurgie on a tenté un traitement radiothérapique, qu'on a dû arrêter devant l'aggravation qu'il produisait.

L. A. Wolfe a préconisé l'association des rayons et de la chirurgie. Enlever la tumeur d'abord puis faire des

rayons sur le rein ensuite pour éviter la récidive. Si on pratiquait d'abord des séances de rayons puis l'intervention chirurgicale ensuite, la méthode ne serait pas sans inconvénients, car si la tumeur est radio-résistante, le rein absorbe au contraire très facilement les rayons.

Le traitement médical ne peut rien, le traitement radiothérapique est dangereux si on emploie des doses trop fortes, il n'y aura donc que l'intervention chirurgicale qui sera retenue. Diverses voies d'accès ont été préconisées : Tuffier préfère la voie transpéritonéale, Albarran la voie médiane et Fédorov la voie extra-péritonéale lombaire. Cette dernière nous apparaît préférable aux autres. Mais nous dirons que l'incision ou la voie d'accès est fonction du diagnostic. D'autre part le diagnostic étant exceptionnellement fait avant l'intervention, on pratique le plus souvent celle-ci d'après une technique différente parce que commandée par un diagnostic différent (appendicite, kyste de l'ovaire, etc...) L'évolution longue, insidieuse, presque indolore, permet au mal de s'aggraver et l'intervention devient sérieuse, parce qu'on la pratique chez des individus fatigués et diminués dans leur résistance par une intoxication de l'état général, le pronostic s'annonce grave.

Même dans le cas où l'intervention montrera un hypernéphrome bénin le pronostic sera sombre ou au moins réservé. Car il se produit une sorte de cancérisation pour les hypernéphromes comme pour certains adénomes du sein par exemple et cela sans qu'on puisse se l'expliquer encore.

Enfin l'intervention donne-t-elle un coup de fouet à l'affection accentuant ainsi la rapidité de son évolution maligne? On répondrait en se basant sur les observations de malades atteints d'hypernéphrome et n'ayant pas été opérés, si le diagnostic était fait avant l'intervention. En ce qui concerne nos malades, il ne semble pas que l'opération ait modifié l'allure de l'affection. Mais la douleur a été calmée.

Quant à l'observation III (la malade C. 48 ans) elle est trop récente (février 1930) pour que l'on puisse parler de guérison. Il sera bon d'attendre une année et c'est un espace de temps minimum pour se prononcer puisque, ayant jugé le néoplasme tellement diffus, on n'avait pas pratiqué d'extirpation. L'opération a été à peine palliative. D'autre part le laboratoire est catégorique et affirme que c'est un hypernéphrome.

CONCLUSIONS

Des observations précédentes nous pouvons dégager plusieurs faits qui caractérisent les hypernéphromes. D'abord ce sont des tumeurs d'une grande rareté ce qui fait qu'elles doivent encore être étudiées pour les connaître parfaitement et en faire le diagnostic au début de l'affection.

Ensuite elles sont d'une façon générale presque toujours malignes et leur évolution est lente, ne présentant pas d'accidents aigus. Quant aux symptômes, ils sont très peu nombreux, le principal semble être celui que le malade accuse sous la forme de pesanteur dans la région lombaire. La douleur est vague, sourde et continuelle et n'attire l'attention que lorsqu'elle se trouve coexister avec une atteinte de l'état général, ce qu'on remarque dans nos trois observations. Pas de symptômes plus précis. Les examens de laboratoire pratiqués dans le but de faire le diagnostic ne donnent aucun résultat permettant de penser à un hypernéphrome pas plus que la radiographie.

Avec des éléments aussi peu nombreux, le diagnostic est celui d'une autre affection ayant une symptomato-

logie analogue et ce n'est qu'à l'intervention ou même seulement après le microscope qu'on pose un diagnostic ferme.

Quant au traitement on peut considérer qu'il n'a qu'une action palliative, faisant disparaître la douleur pendant un certain temps. Mais à brève échéance elle reparaît, en même temps la tumeur se reproduit souvent avec des phénomènes infectieux qui empêchent toute intervention et le malade est perdu. C'est du moins l'évolution habituelle dans les hypernéphromes diffus. Aussi on peut en général porter un pronostic moins sombre chez les malades atteints d'hypernéphrome à forme encapsulée bien limitée, tandis que chez ceux qui sont atteints d'hypernéphrome diffus comme dans nos observations le pronostic est fatal dans tous les cas dans un intervalle de temps qui semble toujours être inférieur à deux années.

Vu, *le Doyen*,
H. ROGER.

Vu, *le Président de la thèse*
LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

Alamartine et G. Maurizot (Lyon). — Tumeurs du ligament large et de l'ovaire, à type surrénal (*Revue de gynécologie et de Chir. Abd.*, t. XVIII, janvier 1912).

I. Abell. — H. primitif du foie (*Annals of surgery*, vol. LXXXVII, juin 1928).

T. Anardi. — Tumeurs hypernéphroïdes à siège rénal et hépatique (*Tumori* an. XIV s. II, vol. II ; Fasc. 4 juillet, 1928, p. 337-373).

Begouin et Darget.— Sur un cas d'H. du rein (*Journ. Urol.*, t. XII, 1921).

Boyd, Mac Farland. — A case of Hypernephroma of the Kidney (*Amer. J. med. sc.*, CXXIII, 1902, p. 245).

Brooks (Clyde). — A note on the absence of adrenalin in malignant renal hypernephroma (*Journ. of exp. med.*, 1911, XIV, p. 550).

Byloff.— Métastases comme premier signe d'un hypernephrome malin (*Chirourgia* t. XXXIV, octobre 1913).

Bumpus Jr. — *Tr. Am. Av.*, Genito. Urin. Surgeons, 25 (1928) 21 : 1925.

Cabot. — Case 15082, 21 février 1929, New England J. Med. 200 : 394-396.

Collins et Armour (New York) Epilepsie jacksonienne ayant pour cause une métastase d'H. (*The American journ. of the Med. Sc.*, t. CXLIV, novembre 1912).

Creewy. — Pyrexia in malignant nephroma (*J. A. M. A.*, 13 Apr 1929, 92 : 1256-1260.

Cutler. — A clinical study of hypernéphroma (*Bull. Johns, Hopkins. Hosp.*, XXXV, 1924, p. 214).

Debarge. — Malignant tumor of supra-renal glands may take up fonctions of absent or aplasic suprarenals glands (*J. physio et path. gén.* décembre 1928, 26 : 668-683).

Debarge. — H. with aplasia of suprerenal glands (*J. de Phys. et Path. Gén.*, décembre 1928, 26 ; 639-654).

Downes et Knox (New-Vork) H. de l'ovaire chez une enfant de trois ans et demi. (*The Journ. of. the American med. assoc.*, vol. LXXXII, avril 1924.

Huggins. — H. Without Symptoms or physicals signs (*S. Clin. North. america,* Apr, 1929, 9 : 382-384).

Hornborg. — (H. cas) (*Finska lak. sallak. handl.* (Helsingfors) XLIV, 1902, p. 303).

Fittipaldi. — H. case. Histogenis (*Morgagni.*, octobre 1928., 70 : 2337-2.354.

Gelhorn. — Métastases in vagina. case. (*Zentral Bl. F. Gynäk March.*, 1929, 53 : 527-531).

Givatoff. — Renal H. simulating ovarian kyst (*Gynecol. et obstetric*, septembre 1928, 18 : 250-261).

Geza von illyes. — Un cas d'H. de siège particulière-

ment rare (hypernéphrome pédiculé du rein (*Zeitschr. für urolog. Chir.* t. XXVII, avril 1929).

Gibou. — H. avec localisation secondaire dans l'Olécrane gauche (*Soc. chir. Paris.* 27 novembre 1912).

Grawitz. — Die Sogennanten Lipome der Niere (*Virchow's Archiv*, 1883).

Knyvett Gordon. — 2 cas d'H. de l'ovaire (*the Brit. Med. Journ.*, n° 30 68, octobre 1919).

Kaufmann, Cashin. — A case of hypernéphrome associated with thyroïd hyperactivity. (*Canad. med. assoc. Journ.*. XV, 1925, p. 37)

Kelly. — On hypernephroma of the Kidney (*Philadelphia Med. Journ.*, 1898, II, p. 223-283).

Kennedy, Lister. — A case of suprarenal hypernephroma (*The Lancet*, octobre 1927, p. 749).

Kesseler. — Hypernéphrome nephrectomy diagnosisis by pyelography.

Lecène et Hartmann.— Tumeurs de la surrénale, 48 cas dont 2 personnels.

Kostenko. — Contribution à l'étude de l'H. (*Deutsche Zeit. für Chir.*, t. CXII, novembre 1911, p. 284 à 367).

Levy du Pan. — Contribution à l'étude des hypernéphromes de l'ovaire (*Schweizenische Med. Wochenschrift.*, t. LIV, 1924).

Lubarsch. — Die diagnose der hypernephrotischen nieren geschwulste (*Zeitsch f. Klin med.*, XLIV, 1901 1902, p. 491).

Martin Laval. — A propos d'un hypernéphrome (*Bull. et mémoires de la Société de chirurgie de Marseille*, 18 juin 1928, p. 22).

Martin Laval. — A propos d'un cas d'hypernéphrome (*Société de chirurgie de Marseille*, juillet 1928).

Mac Arthur. — Eisendrach. Report of a case of hypernéphroma of the Kidney (*Philadelphia Med.*, j. IV, 1889, p. 871).

Mac Evers. — Hypernephroma of the Kidney (*Illinois med. J.*, XLVI, 1924, p. 329).

Moffitt. — Tumors of adrenal origin, with particular reference to hypernéphroma of the Kidney (*Bost. med. ass. Journ.*, 1908, CLIX, p. 457).

Nykkes. — 4 cas d'hypernéphromes (*Casop. lek. cesk.* Prague, LXIV, 1925, p. 296).

Paolucci. — Hypernéphrome hétérologue bénin dans un sac herniaire. Contribution histo-pathologique (*Annali ital. di. chir.*, an VI, juillet 1927).

Perhmann. — Démonstration eines hypernephroms (*Zeitschr. f. Urol.*, XIX, 1925, p. 136).

Pervès. — Hypernéphrome du rein droit avec ascite chyleuse (*J. d'urol.*, XVI, 1923, p. 121).

Piersanti. — Hypernéphrome of utérus. Unusual case (*Arch. ed. atti. di. Soc. ital. di. chir.*, 1927-1928).

Pittman. — Congenital tumours of adrenal origin with particular reference to hypernephroma (*South. med. et Surg.*. LXXXV, 1923, p. 419).

Ravisini. — Hypernéphrome opéré depuis 12 ans (*XXVI^e Congrès de la Soc. Ital. de chir.*, Trieste, octobre 1919).

Roussy, Villandre, Leroux. — Sur un cas de tumeur lombaire révélée par une métastase osseuse à type hypernéphrome.

Rückart. — Hypernéphrome post-traumatique (*Deutsche med. Wochenschrift*, t. XLI, mars 1923).

Schaffener. — Pathology of atypical Grawitz's tumors (*Ztschr. f. Krebsforsch*, 1923).

Starr. — Un cas d'H. du lig. falciforme du foie (*Annals of Surgery*, t. LXVI, septembre 1917).

Storath. — Un cas de métastase d'hyper. de la cavité nasale (*Zeitschr. für Ohrenheilkunde und für die Krankenheiten der Luftwege*, t. LXIX, septembre 1913).

Thierry. — Symptômes et traitement des hypernéphromes (*Munchener med. Wochen*, t. LXVIII, 1921).

Tsimarato. — *Thèse Paris*, 1922.

Tyson et Piney. — Hypernéphrome de la vésicule. Cholécystectomie (*British journ of Surgery*, vol. XIII, avril 1926).

Vaquez, Donzelot, Géraudel. — Hypernéphroma causing arterial hypertension (*Presse Médicale*, 6 février 1929).

Wallace Brown. — Advanced hypernephroma treated by medical diathermia (*Journ. Radiol.*, VI, 1925, p. 110).

Wolfe. — Hypernephroma of the Kidney (*Med. Journ. and Record.*, vol. CXXIX, n° 5, march 6, 1929, p. 261).

Walter. — Metastàsis of cancer of uterus into a hypernephroma of Kidney, case (*Ztschr. f. Krebsforsch.*, 1928).

Wodsack. — Contribution à l'étude clinique de l'H. (*Brun's Beiträge zur Klin. chir.*, t. CXXXIX, 1927).

Wright. — Etude sur les H. et en particulier leur origine et symptomatologie (*Brit. Journ. of surg.*, t. IX, 1922).

1930. — Imp. A. CLERC, Saint-Amand (Cher).